الفصل الرابع والعشرون

إعادة التأهيل : التدخل

Rehabilitation : Intervension

أ. لاڤندر ، ف . ن . واتس

A. Lavender and F. N. Watts

الفصل الرابع والعشرون

إعـادة التأهـيل : التدخـل

أ. لاڤندر . ف . ن . واتس

A. Lavender and F. N. Watts

مقدمة

يمكن تقسيم التدخل النفسى فى إعادة التأهيل إلى ذلك ، الذى يقوم فيه الأخصائى النفسى بالعمل مباشرة ، وذلك الذى يعمل فيه مع شبكة من الأفراد ، الذين يكونون على صلة منتظمة بقدر اكبر مع العميل (سواء أكان هؤلاء الافراد هم فريق العمل فى جناح المستشفى ، أم فريق التأهيل ، أم أسرة العميل ، أم شبكة الخدمات الاجتماعية) وكلا الدورين مهم . وقد اقترحنا فى الفصل الثالث والعشرين أن يكون هدف إعادة التأهيل هو تمكين الافراد من القيام بأفضل استثمار باكبر قدر ، يحظى بالتقدير فى السياق الاجتماعى . ويتضمن ذلك تزويد العميل بما يجعل أداءه فى أفضل مستوى ، سواء بالتدخل المباشر ، أو من خلال توفير التدريب والدعم لأولئك الذين يتفاعلون معه . ومن الأمور المهمة أيضاً العناية بما إذا كانت البيئات الاجتماعية ، التى يعمل العميل من خلالها مناسبة ، أم أن الأمر يحتاج لسعى لإيجاد بدائل لها .

وتختلف المواقف التى يتم إعادة التأهيل فيها بشدة من حيث كل من الموقع (مستشفى أو المجتمع) والأداء (أنشطة نهارية / أومقر للإقامة) . وتوفر بعض المواقف تدريباً على مهارات معينة ، بينما يسعى البعض الآخر لتحقيق اهدافه ، من خلال الطريقة العامة التى تدار بها الوحدة ، وتفاعل الفريق مع المرضى ، وسنهتم فى هذا الفصل المختصر بكيفية ابتكار الوحدات ، والتى عادة ما تكون داراً للإقامة ، للظروف التى يمكن من خلالها إعادة اكتساب إمكانية الحياة العادية لأول مرة . ونتحول بعد ذلك إلى الوحدات المعدة لتقديم التدريب على بعض الأدوار الاجتماعية المعينة . ولم نقم متعمدين هنا بوضع تمييز قاطع بين البرامج الاجتماعية أو المنزلية ؛ حيث اننا نرغب فى استخلاص المبادئ العامة ، التى تنطبق عليهما معاً . وأخيراً سنتناول كيفية احتياج المجتمع ، لأن يكون ضالعاً فى إعادة التأهيل .

البيئة الاجتماعية لإعاده التأهيل

من بين الأمور الجوهرية بالنسبة لأى بيئة تجرى فيها إعادة تأهيل ، الطريقة التى يعامل بها العملاء من المحيطين بهم ، وما إذا كانوا يتلقون مجرد نمط من العنايه فى إقامتهم دون تشجيع على الاستقلالية ، وممارسة المهارات ، وحيث لا يمكن بهذا توقع أى تقدم نحو التأهيل أو إعادة التأهيل .

ورغم أن الرعاية المؤسسية غالبا هى التى مازالت شائعة فى أجنحة الإقامة الممتدة فى المستشفيات النفسية ، إلا أنها يمكن أن توجد فى بعض المواقف المجتمعية الأخرى ، بما فى ذلك بيوت الضيافة ، ومراكز الرعاية النهارية وحتى فى منازل الأسرة (Lam, 1982) وتعد هذه نقطة مهمة ، ويتعين

فهمها فى الوقت الراهن ، حيث أغلق الكثير من المستشفيات النفسية ، أو فى طريقه للإغلاق ، ويعاد المرضى إلى المجتمع . وهذا الانتقال له قيمة ضئيله إذا ما كان قد استحدث النمط المؤسسى نفسه للرعاية فى مواقف مختلفة . والممارسات المتبناة فى موقف معين يؤمل أن تكون لها وظيفة تأهيلية بأهمية الموقع نفسه ، الذى تتم فى هذه الممارسات ، وهناك قضيتان جوهريتان تتعلقان بتعديل ممارسات الفريق فى مواقف إعادة التأهيل ، تتعلق إحداهما بنوع الممارسات التى تؤدى لإعادة التأهيل ، وتتقاطع القضية الثانية معها ، وهى تتعلق بأفضل الطرق ، التى يمكن بها تعديل ممارسات الفريق.

وبالنظر إلى القضية الأولى . توضح الأمثله الآتية نوع ممارسات الفريق المرغوبة فى إعادة التأهيل :

١ - استخدام برامج التعلم الإجرائى التى تزود المرضى بالمكافآت عن الأهداف التأهيلية ، مثل : رعاية الذات (مثال ذلك : الاغتسال وارتداء الملابس) ، ومهارات إدارة البيت ، أو مهارات التفاعل الاجتماعى ، وعادة ما تطبق مثل هذه البرامج الاجرائية على كل العملاء فى الجناح ، باستخدام العملات الرمزيه [1] بوصفها مكافآت فورية ، وتبين الدلائل البحثية العديدة حول العملات الرمزية (Kazdin, 1977) وبرامج التعلم الاجتماعى (Pauland lentz, 1978) أن التحسينات المفيدة فى السلوك المستهدف تتحقق دائما وبالأخص فى مهارات رعاية الذات .

٢ - استخدام مبادئ « العلاج المجتمعى[2] » فى اتخاذ القرارات الداخلية وتحمل المسئولية الشخصية وحيث يكون عقد اجتماعات عامة منتظمة ، تضم أفراد الفريق والمرضى فى الوحدة من المبادئ الأساسية (Jones, 1968)، ودائمًا ما يكون من النتائج العرضية لذلك حدوث زيادة عامة فى انشطة المرضى.

٣ - تعديل الممارسات فى الموقف ؛ للسماح بمجال أكثر اتساعًا للسلوك الفردى الاستقلالى ، وتعظيم أنشطة الوحدة الاضافية . وقد وُصفت إجراءات تحليل ممارسات الوحدة فى الفصل الثالث والعشرين . ويوفر ذلك إطارًا يمكن لأفراد الفريق أن يحصلوا من خلاله على عائد نفسى [3] عن ممارساتهم ، بما يساعدهم على تحديد أى من هذه الممارسات ، يحتمل أن لا يحقق أهداف إعادة التأهيل . وبالتالى يمكن تحديد الأهداف النوعية للتغير فى ممارسات الفريق . وقد أوضح لافندر Lavender (1987) مدى فعالية مثل هذا المنحى .

وسيكون مشوقًا أن يكون المرء قادرًا على صياغة الاستخلاصات العامة حول الفعالية النسبية لمثل هذه المناحى ، غير أن هذا غير ممكن نتيجة لأسباب متعددة . وإحدى المشكلات هى أنه من الصعب العثور على أمثلة نقية نسبيًا لها . ودائمًا ما يصحب تطبيق برامج العملات الرمزية تغييرات أكثر عمومية فى نمط إدارة الجناح ، ودائمًا ما تتضمن برامج العلاج المجتمعى أنشطة متنوعة ، بالاضافة إلى المبادئ الأساسية لاتخاذ القرارات المنزلية وامساك حسابات البيت . وكما يشير ماركس وزملاؤه Marks et al. (1968) فإن الكثير من البرامج عبارة عن تأليف ، يجمع بين برامج التدعيم وبرامج العلاجات المجتمعية .

وقد يكون السبب الأكبر أهمية وراء عدم إمكان تقديم إجابة عامة حول فعالية أى من هذه البرامج، هو مشكلة ما الذى يمكن أن تقارن به ، إذ يمكن اعتبار كل نوع من البرامج طريقة واضحة ،

---

(1) Token economy.
(2) Theraputic Community Programs.
(3) Feedback.

تركز على علاج ممارسات الوحدات الضعيفة . ويحتمل أن يوفر أى منها تقدماً فى ممارسات موقف غير متطور . وعلى أى الأحوال ، فالموقف الجيد يتضمن عناصر الأنماط الثلاثة من البرامج ، بوصفه جزءاً مما يطلق عليه مكسمين وزملاؤه Maxmen et al. (1974) طب نفسى المستشفيات العقلانى (١) . ويترك ذلك مجالا محدوداً نسبياً لحدوث التحسن نتيجة لتقديم برامج نوعية جديدة . وحتى فى حالة المقارنة بين التأثيرات النسبية لنوعين من البرامج ، فيعتمد ذلك على مدى الإسهام الفعلى لعناصرهما المهمة بشكل غير رسمى فى أنشطه الوحدة ، ويؤدى ذلك لجعل كل المقارنات غير حاسمة حتى بالنسبة للدراسة الاستثنائية المتعمقة لبول ولينتز Paul and lentz (1979) ، والتى توصلت إلى نتائج أفضل باستخدام برامج التعلم الاجتماعى ، المعتمدة على مبادئ العملات الرمزية مقارنة بالعلاج البيئي .

وهناك قضية معينة تتطلب وضعها فى الاعتبار ، فيما يتعلق ببرامج العملات الرمزية ، هى أنه إذا كانت المكافآت لها تأثير جوهرى ، فيتعين فى هذه الحاله أن تكون البيئه تحت التحكم بحيث يصبح المستخدم باعتباره مكافأة ، كائناً ما يكون ، غير متاح للعميل من أى مصدر آخر ، كما يجب موازنة المزايا الممكنة لبرامج التعلم الإجرائى ، مقابل الآثار العكسية الممكنة للتحكم فى بيئة إعادة التأهيل .

وقد اشار شيفارد Shephard (1980) إلى أن برامج المواقف ذات الأنواع واضحة الاختلاف دائماً ما يوجد فيها القصور نفسه ، وهناك خطورة فى أن يؤدى تطبيق أى منحى بطريقة غير حساسه إلى اكتشاف حدوث إفراط فى التنبيه ، يؤدى إلى انتكاس بعض الأفراد ، الذين يعانون من الفصام (Hemsley, 1978) ، وهناك أيضاً مشكلات خطيرة فى الحصول على نتائج ، تعمم من موقف لآخر، وتستمر لفترات طويلة ، وهى مشكلة عامة فى إعادة التأهيل تتمثل فى أن المكاسب دائماً ما تكون قاصرة على الموقف ، الذى تحققت فيه ، ولاتقبل الامتداد إلى موقف آخر(Hollingsworth and Foreyt, 1975).

وقد أصبح من المؤكد أن هناك ارتباطات قليلة بين ما يقوم به العملاء على افضل وجه فى موقفين مختلفين (مثال ذلك : Ellsworth et al., 1986) ، ومن الصعب تجنب خلاصه أن الكثير مما يتحقق فى إعادة التأهيل ليس أكثر من تأثير اجتماعى ، ذى طابع عابر . (Watts, 1976) .

القضية الجوهرية الثانية هى كيفيه تقديم برنامج جديد للأنشطة فى موقف ما ، بطريقة تؤمن تعاون الفريق ، ويحظى هذا السؤال بأهمية أولية ، وإن كان قد لقى القليل للغاية من الانتباه الذى يستحقه، رغم أن هناك بعض البحوث عن كيفيه تدريب الفريق على تطبيق برامج العملات الرمزية (Kazdin, 1977) ، والتى أدت إلى نتائج مفيدة ، يحتمل أن تنطبق بالمثل على الأنواع الأخرى من التغييرات فى ممارسات الفريق .

وقد يؤدى التعليم الرسمى إلى تفصيل المبادئ الاساسية ، التى تقوم عليها البرامج ، غير أنه يبدو غير مؤثر فى مقدار جودة تنفيذ الفريق لها (Miline, 1985) . كما أن مجرد إخبار إعضاء الفريق بأى سلوك هو الذى يتعين أن يدعم له تأثير ضعيف ، ويحتاج الأمر لمتابعة التعليمات ، من خلال إشراف (Gardner, 1972) . وقد اوضحت دراسات كثيرة أن الفريق ينفذ البرامج بطريقة أكثر فعالية ، إذا ما قام افراده بمراقبة أدائهم بأنفسهم ، أو إذا تلقوا انطباعاً حول أدائهم من جانب الاخرين : Kazdin, 1977) (145 - 143 وعندما تقترن الانطباعات الموضوعية بالثناء الاجتماعى ، تصبح أكثر تأثيراً Cossiart et) (al., 1973 والعائد (الانطباع) وحده غير كافٍ ، ويمكن أن تكون المكالمات التليفونية اليومية طريقة مفيدة لتقديم العائد والتشجيع (Stoffelmayer et al., 1979) .

(1) Rational hospital Psychiatry.

وقد منح قدر غير كافٍ من الانتباه للأسباب الكثيرة لكون الفريق مقاوماً لتغيير ممارساته فى الاتجاه المرغوب . ويرى لافندر Lavender (1985) أنه إذا أُعطى بعض الانتباه لتحديد هذه الاسباب ، وبذل بعض الجهد للتعامل معها فغالبا ما سيتم احراز تعاون كامل واحتمال لأستمرار حدوث التغير فى الممارسات .

وهناك سجل مُقبض لبعض البرامج ، التى قدمت مبادرات حماسية ، ثم انهارت بمجرد توقف الاخصائيين النفسيين عن المشاركة فيها بشكل مكثف . ودائما ما تتبنى المؤسسات إفساد جهود البطل المبتكر (Giorgiades and Phillmore, 1975) ، وأحيانًا ما تحدث مقاومه من الفريق لتعديل كل من الموقف وممارسات الاخصائين فى مجال المشكلات العملية . وفى بعض الظروف ، يكون قلق الفريق هو العامل الجوهرى المعوق للتغير . مثال ذلك أنه كان هناك اتفاق على قيام ممرض معين ، يساعده طالب تمريض على مصاحبة أحد العملاء ممتدى الإقامة إلى بعض المتاجر ، ومساعدته على التسوق . وقد قدمت سلسلة من الأسباب العملية للفشل فى القيام بهذه المهمة . وفى النهايه أصبح واضحًا أن المرض كان قلقًا من اكتشاف عدم تمكنه أمام طالب التمريض ، ودائمًا ما تكون مقاومة الممارسات الضعيفة للتغيير فى إعادة التأهيل نتيجة لمثل هذا القلق .

وعلى الرغم من ذلك سيظل هناك دائمًا شخص معين فى الفريق لديه القدر الكافِ من الثقة فى قدرته على مسانده التغيير البناء ، ومن المهم تحديد هذه العناصر الصحية فى النظام . ومن بين البحوث حول هذا الموضوع الإطار السيكودينامى (التحليل النفسي) ، الذى اقترحه مينزس Menzies (1959) لفهم ممارسات الفريق . كما قدم بريدجر Bridger (1981) منحىً سيكوديناميًا أكثر عمومية لفهم السلوك المؤسسى . ودائمًا ما يكون مجال التغيير فى الممارسات المؤسسية محكومًا بالمعوقات ، التى تفرضها المؤسسات الأوسع ، التى ينتمى اليها الفريق وبالولاءات المهنية المختلفة ، وخلفيات أعضاء الفريق . ومن المهم تحديد معوقات التغيير ، التى يتعين على المهنيين الخارجيين حشد جهودهم للتغلب عليها، مع السعى لتأمين الدعم النشط لرئيس الفريق ، وعلى الرغم من ذلك فإن الفريق الذى يتصف بتكامل جيد دائمًا مايستطيع إجراء تغييرات فى نمط عمله ، إذا كان لديه التزام كافٍ للقيام بذلك . وقد دعى واتس وبينت Watts and Bennett (1983) ، واضعين ذلك فى الاعتبار ، لتأكيد أهمية تشجيع وتكامل الفريق فى مجال إعادة التأهيل ، وبحيث تتخذ القرارات بصورة جماعية ، ويشجع كل أفراد الفريق على المبادرة من تلقاء أنفسهم استجابة لاحتياجات العملاء المتغيرة ، وعلى الرغم من ذلك ، فإلى جانب الصعوبات الجوهرية فى تطوير هذا النمط لفريق العمل ، هناك مشكلات أخرى متعلقة وتحتاج إلى العناية بها (Pilling, 1991) من ذلك أن هناك احتمالاً لحدوث قدر من صراع الأدوار والغموض فى الدور ، وهى أمور قد يجد أفراد الفريق أنها مثيره للتوتر (Braga, 1972) . هناك أيضًا خطر من أن يؤدى تماسك أعضاء الفريق إلى حدوث نفور من الخروج على الاجماع . أو شكوك العاملين فى المؤسسات فى أولئك الذين لا ينتمون إلى الفريق. ووجود مثل هذا الفريق القادر على مواجهة هذه المشكلات والتغلب عليها ، وتشغيل نظام للتقييم والتدخل ، وملاحظة البرامج الفردية للرعاية جوهرى لخدمات إعادة التأهيل ، ذات المستوى الرفيع من الجودة (Lavender and Holloway, 1992) .

الإعداد للأدوار الاجتماعية

كانت هناك وحدات تدريب فى أغلب أقسام إعادة التأهيل فى المستشفيات، ومازال يوجد البعض منها حتى الان ، وهى مصممة لإعادة تدريب العملاء على مهارات إدارة المنزل كإعداد للحياة المستقلة ،

وللتدريب على المهارات المهنية للحصول على عمل ، أو لبعض أدوار العمل الأخرى . ونادراً ما تنشئ مثل هذه الأقسام فى وحدات إعادة التأهيل المجتمعية ، ووراء ذلك سبب جيد ، وهو تجنب توفير تيسيرات تؤدى إلى نمط مؤسسى للرعاية ، كما أن التدريب على المهارات لا يتعلق بالمواقف المجتمعيه ، وهناك أيضاً أسباب أخرى ، عبارة عن مشكلات تعوق تقديم مثل هذه الخدمات ، تتضمن رغبة مُقنّعه لتوفير الأموال ، أو نتيجة لفشل إدارات الخدمات الصحية والاجتماعية فى الاتفاق ، حول ما إذا كان هذا الجانب من الرعاية اجتماعياً (أى من مسئوليات الخدمات الاجتماعية) أم صحياً (أى من مسئوليات الخدمات الصحية الوطنية) ، أو ببساطة نتيجة لنقص التخطيط للخدمات ، أو لكل هذه الأسباب مجتمعة .

ويحتاج العميل فى أى موقف للمشاركة فى إصدار القرارات المتعلقة بأى الأدوار الاجتماعية يتعين أن يكون هدفاً لإعادة التأهيل ، ومحاولة إعادة تأهيل الناس لأدوار لا يهتمون بها ، يعد أمراً غير فعالاً ، بالاضافة إلى كونه مشكوكاً فيه أخلاقياً والمشكلة تتمثل فى أن العملاء شديدى القلق حول قدراتهم على التعامل مع وظيفة معينة أو مع الحياة الاستقلالية ، يمكن أن يتعاملوا مع قلقهم بإعلان أنهم لايرغبون فى الوظيفة أو الحياه الاستقلاليه ، غير أنه مع زياده ثقتهم فى أنفسهم من خلال إعادة التأهيل قد يأخذون بوجهة نظر مختلفة .

ويتعين على العاملين فى إعادة التأهيل أن يحاولوا فهم معارضة العملاء بدلاً من أخذ الأمور على علاتها ، كسبب لعدم الاستمرار فى إعادة التأهيل . ومن المهم وجود مهام متعلقة بالعملاء ، أو ذات صلة بهم فى إطار كل دور . وقد أوضح جونز وزملاؤه(1956) Jones et al. ذلك بشكل بسيط ، من خلال وصفهم لكيف أن العملاء الذين يعانون اضطرابات شخصية ، لا يتحمسون لأعمال الإنتاج الصناعى ، ولكنهم يأخذون إعادة التأهيل بطريقة أكثر جدية ، عندما يطلب منهم بدلاً من ذلك أن يعملوا لتحسين ظروف المعيشة فى البناية ذات المواسير التالفة ، التي تشغلها وحدتهم . وبالشكل نفسه يحصل جميع العملاء فى برنامج لإعاده التأهيل المنزلى على المساعدة للقيام بالطبخ فى الوقت ، الذى تكون فيه المشكلة الحقيقية بالنسبة لبعضهم هى التسوق ، أو استخدام الأدوات ، ويتطلب الأمر قدراً كبيراً من سعة الحيلة والمرونة من فرق إعادة التأهيل فى المجتمع ، إذا كانت ترغب فى تعديل البرنامج ليفى بالاحتياجات الحقيقية للعملاء .

وعلى الرغم من ذلك ، فهناك عناصر عامة مطلوبة فى المهارات النفسية للأدوار الاجتماعية ؛ فيمكن تعريف العمل بوصفه تدريباً على حرية التصرف فى حدود إطار سابق للوصول إلى أهداف متفق عليها (Bennett, 1970) ، وبهذا المعنى سيظهر العمل فى سياقات أخرى متعددة منفصلاً عن التوظف ؛ فالعناية بصغار الأطفال عمل بالطبع على الرغم من أنه ليس وظيفة . وللعمل وظائف ظاهرة، مثال ذلك أنه يحقق فائدة مالية ، ووظائف كامنة مثل ما يوفره من إمكانات لممارسة المهارات النفسية العامة كتنظيم الوقت ، وممارسة حريه التصرف فى الاتصالات الاجتماعية المنظمة التى يتضمنها ، ولاحترام الذات الذى يمنحه للشخص (Jahoda, 1979; Pilling, 1988; 1991) .

ورغم أن التوظف الرسمى قد يكون طريقة جيدة ، إذا كان متاحاً ، لتوفير هذه المزايا ، إلا أنه يمكن الحصول على هذه المزايا فى سياقات أخرى .

وهناك أنواع مختلفة من المواقف مطلوبة فى مراحل إعادة التأهيل ؛ فقد لا يفى أداء العملاء فى البداية بالمتطلبات . وسيكون الهدف عندئذ هو مساعدتهم من خلال التدريب على المهارات والتشجيع التدريجى ؛ لتحسين مستوى ادائهم . والخطأ الذى يرتكب دائماً فى هذه المرحلة ، هو ببساطة تقديم مجموعة من الأنشطة المقننة للعملاء ، دون أى تحليل لاحتياجاتهم أو ملاحظة تقدمهم .

ويتعين فى المرحلة المتأخرة من إعادة التأهيل إما أن يصبح الموقف تأهيلاً داخل المجتمع ، أو يهدف لتوفير الظروف الأكثر التصاقًا بتلك التى ستوجد فى هذا الموقف . وبالنسبة لمهارات التوظف ، إذا كان الهدف انتقال الشخص إلى وظيفة حقيقيه ، فيتعين أن يقدم له موقف التأهيل ساعات عمل معتادة ، ونوعًا من الإشراف ، والضغوط التجارية التى سيتعرض لها ، ومالم تكن مثل هذه المواقف متاحة ، فلن يكون هناك إجراء تقييم معقول لما إذا كان العملاء سيتمكنون من استخدام مهاراتهم بشكل ملائم أم لا، أو أنه أصبح من الممكن انتقالهم لوظائف حقيقية فى بيئة غير محمية . والتوقعات حول الأداء السوى فى مثل هذه الوحدة يمكن أن تكون مؤثرة لتحقيق أداء مناسب . وتعطى مثل هذه المواقف الثقه للعميل فى كونه قادرًا على الانتقال بين وحدة إعادة التأهيل ، وظروف الحياة أو العمل العادية . ومثل هذه الظروف وسلوك الفريق فى المراحل المبكره والمتأخرة لإعادة التأهيل ،تجعل من الممكن توفير كل من هذه التوقعات ، وهذه الثقة فى الموقف نفسه . ويتطلب الأمر أيضًا الاعتراف بأن بعض العملاء قد لا يكونوا قادرين على الحصول على وظائف حقيقية ، نتيجة لنقص الفرص أو للفشل فى تطوير مستوى مُرضٍ من المهارة . ويصبح من الضرورى فى هذه الحالات تطوير مجال من فرص الوظائف المحمية فى إطار الخدمات التأهيلية (Pilling, 1988) وقد وصف واتس (Watts (1983 a الحاجة لتنظيم إعادة التأهيل فى سلاسل من مواقف المطالب المتزايدة فى سياق المبادئ العامة للتكيف الاجتماعى . وقد برز من خلال البحوث المتنوعة لسياق التنشئة الاجتماعية للراشدين والأطفال بعدين ، يمكن تحديدهما بصورة إجمالية باعتبارهما متطلبات المهام وتوفير الدعم ، والتعامل مع هذين البعدين بطريقة ملائمة هو جوهر إعادة التأهيل الناجح ، وفى المراحل المبكرة ، دائمًا ما يرغب العملاء فى الاستجابة إلى متطلبات المهام المحدودة فقط فى سياق دعم مرتفع ، وإلا فإنهم يسعون إلى الانسحاب من برنامج إعادة التأهيل ، وقد يظهرون زيادة فى « سلوك المرض » (١) (الفصل السادس Shepherd, 1993) . ويتباين نوع الدعم المطلوب من عميل لأخر . غير أن الأمر المهم ، هو أن يشعروا جميعا بوجود مثل هذا الدعم ؛ فإذا قُيِّم المستوى الأولى من المتطلبات والدعم بصورة ناجحة، فسيحدث تحسن تدريجى فى أداء المريض . وعندئذ يمكن أن تؤدى المستويات المتزايدة من المتطلبات إلى إرتفاع مستوى الأداء ، ويؤدى ذلك بدوره إلى تعزيز التقييم الذاتى ، الذى يمكن أن يكون له تأثير إيجابى ممتد، من المنظور العام لإعادة التأهيل الناجح .

ووفقًا لما يذكره لازاروس (1966) Lezarus ، فإن الاستجابة لمتطلبات المهام تتأثر بعمليات التقدير الثانوى (٢) ، المعتمدة على تقدير الشخص لموارده الشخصية ، وتلك المتاحه من الآخرين للوفاء بمتطلبات المهام . ويمكن توقع أن يرفع التقييم الزائد للذات من قدره الناس على الاستجابة لكل متطلبات المهام بطريقة بناءة ، دون تجنب أو سلوك مرضى ، وعلى القيام بذلك بأقل درجة من الاعتماد على دعم وموارد الآخرين ، ويؤدى ذلك بدوره إلى خفض مستويات الدعم بقدر ما ، مع التقدم فى إعادة التأهيل ، رغم أن الرعايه تتطلب تاكيد توفر حد أدنى ضرورى من الدعم المستمر . وبما أن زيادة الثقة فى النفس لها هذا القدر من الأهمية فى إعادة التأهيل ، يصبح هناك متسع لتعلم مهارات جديدة ، لا تكون مطلوبة بشكل مباشر فى الوظيفة . مثال ذلك تعلم الحساب أو اليوجا (٣) ، وهو ما قد يودى بطرق مختلفة إلى زيادة إحساس المريض بقدرته على الوفاء بالمطالب ، رغم أن هذه المطالب قد لاتكون مطلوبه بشكل مباشر.

(1) Illness behavior.
(2) Secondary appraisal.
(3) Yoga.

وهناك بعض البحوث حول استخدام الأساليب السلوكية ، لتعديل السلوك المتعلق بالعمل فى عدد متنوع من المواقف (Andrasik et al., 1981; Watts, 1983b) ويتعين أن تكون الأهداف المختارة للتدريب على المهارات الاجتماعية ، هى تلك التى ستؤدى إلى إظهار أكبر الاختلافات بين ما إذا كان الأشخاص سينجحون فى الوظائف الحقيقية ، أم أنها لاتلائمهم ، وسينجحون فى بعض التيسيرات المجتمعية المحمية فقط . وعادة ما يكون من الأمور غير الواقعية محاولة تحسين المهارات فى كل المجالات . وغالبًا ما تعد الانتاجيه المنخفضة هى المشكلة فى إعادة التأهيل ، وفقًا لما تذكره تقارير العلاج النوعيه على الرغم من أنها ليست العامل الأكثر جوهرية فى القدرة على التوظف . وقد تبين أن تقديم عائد بيانى (منحنى بيانى) للانتاجية يوفر تنبيهًا اجتماعيًا ، ومكافأة على الأداء الجيد ، كما تبين أيضًا أن تقديم حوافز مالية على أساس الإنتاج بالقطعة أظهر بالمثل أنه مفيد . وقد وجد ولكر (1979) Walker فى دراسة أجريت على عينة ممثلة أن أفضل النتائج ، هى التى أمكن الحصول عليها بتوليفة من هذه الأساليب . ويمكن أيضًا استخدام التسكين المنظم لعلاج القلق المفرط من الوقوع فى الخطأ ، ومن النقد ، أو من تعلم مهام جديدة ويحتمل أن يكون العامل الأساسى هنا هو التأكيد منذ البداية على أن العميل ينظر إلى قلقه على أنه مشكلة ، يتعين التغلب عليها ، ويمكن لأسلوب التعليمات الذاتية أن يمثل هو الآخر إمكانية مفيدة للتحكم فى القلق ، تركز على وجه الخصوص على إحداث تغيير فى الاتجاه ، والذى عادة ما يكون مفتاح النجاح فى إعادة التأهيل . وقد وضح فى الفصل السابق أهمية كون السلوك الاجتماعى محددًا جوهريًا فى القدرة على التوظف ، وبالتالى يمكن أن يصبح التدريب على المهارات الاجتماعيه ذا علاقة ، ويبدو التعريف الواسع للمهارات الاجتماعية ، الذى قدمه ليبرمان وزملاؤه (Liberman et al., 1986) هو الأكثر قابلية للتطبيق فى مجال إعادة التأهيل ، وهو يركز على مصادر القوة والضعف اللفظية وغير اللفظية ، وتصميم أساليب تدخل لتحسين الأداء فى هذه المجالات ، وتظل مشكلة التعميم (shephard, 1986) بالنسبه لأى منحى للمهارات الاجتماعية قائمة ، فالتحسن فى الموقف العلاجى دائمًا مالا ينتقل إلى المواقف الواقعيه .

وقد أوضح عدد من الدراسات (Gillen and Heimberg, 1980; Liberman et al. 1987) كيف أن أساليب مثل لعب الأدوار ، والعائد من خلال الفيديو وأساليب حل المشكلات يمكن أن تؤدى إلى تحسن جوهرى فى المهارات ، وبالأخص فى سلوك الفرد فى المقابله الشخصية . ومع ذلك يبدو أن هناك دلائل مباشره وإن كانت ضئيلة على أن ذلك يؤدى إلى تحسن فرص الحصول على وظيفة فعلية ، ورغم أن التدريب على مهارات التوظف تطور بشكل جيد وحظى ببحوث أكثر من تلك التى حظيت بها المهارات المنزلية ، إلا أن المبادئ نفسها تنطبق على المجالين وهناك حاجة على وجه الخصوص للحرص عند إختيار المتغيرات المستهدفة ، وتوفير عائد وحوافز للأداء والمساعدة فى التغلب على القلق . وقد قدم انتونى (1980) Anthony التدريب على المهارات بوصفه الخاصية المركزية فى إعادة التأهيل ، وجادل فى أن من المهم تحسين أداء مجموعة متنوعة من الأدوار الاجتماعية . ومن بين المحاولات المثيرة للشغف ، التى استهدفت تحسين الجوانب التعبيريه فى التفاعل الاجتماعى ، البرنامج الذى صمم لتحسين إمكانات الأمهات على اللعب بشكل فعال مع أطفالهن فى مرحلة ما قبل المدرسة (Lindsey et al., 1978) وكان تقصى مهارات اللعب لدى الأمهات ، اللاتى انتظمن فى دورة نهارية لإعادة التأهيل فى مستشفى من الأمور الصادمة . وقد استخدمت المجموعة نموذج المشاركة لمساعدة الأمهات على دخول عالم الأطفال وتبادل الحديث معهم ، وإظهار التأييد فى تعبيراتهن الذاتية . وقدم بارى (1991) Parry مناقشة وافية للتطور فى برامج إعادة التأهيل للأدوار الأسرية ، والتدريب على مهارات الحياه الاستقلالية الذى طور للمتخلفين عقليًا ، والذى يمكن تطبيقه فى إعادة التأهيل السيكايترى . ومن بين البحوث فى هذا المجال ،

والتى قدم لها لوتزر وزملاؤه (1981) .Lutzer et al مراجعة برنامج كوڤو Cuvo الذى كان مثيراً على وجه الخصوص ، والذى تضمن برامج للتعلم الفعال ، تركز على استخدام العملات المعدنية وعمل مكالمات طوارئ تليفونية ، واستخدام المواصلات العامة . وكانت النتائج مشجعة ، على الرغم من أن النتائج على المدى البعيد فى مستوى الأداء فى بيئة الحياة اليومية لم توضح بشكل كامل . ويعانى أغلب العملاء ، الذين يستفيدون من خدمات إعادة التأهيل من الخبرات الذهانية فى بعض الأوقات . وهناك تاريخ نفسى طويل لمحاولة فهم هذه الخبرات فى إطار تقاليد التحليل النفسى (Freud, 1911; Frosch, 1983) على الرغم من أن مثل هذه التطورات تعد حديثة من المنظور المعرفى (Bentall, 1990) ، وعلى الرغم من ذلك فقد أشار فروك (1983) Frosch فى مراجعته الممتعة إلى أن بينما لعب التحليل النفسى دوراً فى فهم العمليات الذهانيه إلى المدى، الذى ترجم به هذا الفهم إلى علاج له معنى - إلا أنه يتعرض للنقد . وقد طُورت التدخلات المشتقة من النماذج المعرفية متضمنة أساليب خفض قوه المعتقدات فى الهذاءات (Chadwick and lowe, 1990) ، واستراتيجيات لتحسين قدرة العميل على التغلب على الخبرات الذهانية (O'sullvan, 1991) . ويقدم سليد (1990) Slade مراجعة مفيدة لهذه المناحى المعرفية والسلوكية أيضاً ، وغالباً ما تبرهن مثل هذه التدخلات على فائدتها للعملاء عندما يحاولون تطوير أدوارهم الاجتماعية .

الصلات بالمجتمع

لا يتوقع من إعادة التأهيل أن يؤدى فقط لإعداد العملاء لأدوار فى المجتمع ، ولكن لكى يساعدهم أيضاً على تيسير دخولهم لمواقف فى المجتمع ، يمكنهم أن يمارسوا من خلالها هذه الأدوار . يتضح ذلك من البرامج المعقدة ،التى صممت لمساعدة العملاء على الحصول على وظائف . وأحد أكثر هذه البرامج المؤثرة هى « نادى البحث عن وظيفة » (1) ،الذى يتردد عليه العملاء يومياً إلى أن يجدوا وظيفة (مثال ذلك انظر: Azrin et al., 1975; Jacobs et al., 1984) ويوفر النادى تنظيماً شاملاً لعمليات البحث عن وظيفة يعتبرها العملاء نشاطاً طول الوقت . ويشجعون على استخدام كل مصادر المعلومات المتاحة عن الوظائف الشاغرة ، وأن يكتشفوا كل الطرق المعقولة المفضية إليها . ويقدم لهم تدريب على كيفية ترتيب موعد مقابلة للحصول على الوظيفة ، وكيف يتصرفون خلال المقابلة ، وبلغ وسيط الفترة التى استغرقها العملاء للحصول على وظيفة من خلال النادى ١٤ يوماً مقارنة بثلاثة وخمسين يوماً لدى عينة ضابطة ، كما كان لدى العملاء ميل أكبر للحصول على وظائف من مستوى أعلى . وتتطلب أيضاً خدمات إعادة التأهيل الجيده مجالاً من التسهيلات لمساعدة العملاء ، الذين لم يحصلوا على وظائف لكى يحافظوا على مهاراتهم . وكما أشار شيفارد (1991) Shephard وبيلينج (1991) Pilling فإن فرص العمل ، وبالأخص لأغلب العملاء المعاقين انخفضت بشكل حاد فى السنوات الأخيرة .

وبالنسبة لهؤلاء العملاء ، فإن الورش المحمية (1988) Pilling مهمة على وجه الخصوص ، وعادة ما تكون هذه الورش بمثابة توقعات أقل بدرجة مما يمكن الحصول عليه فى الوظائف الخارجية ، إلا أنها تظل بمثابه بديل متوفر للوظائف . وهناك بديل آخر هو استخدام الأقسام المحمية فى المجال الصناعى (Wansbough and Cooper, 1980) وستتوفر أيضاً فرص العمل التطوعى ، أو الأنشطة الترفيهية البناءة للمرضى ، الذين تكون مثل هذه المواقف هى الأكثر ملاءمة لهم لاستخدام مهاراتهم فى العمل . وتتضمن مثل هذه المواقف مراكز الزيارات ، ونظم النوادى المنزلية (Beard et al., 1982). ويحتاج فريق إعادة التأهيل وفريق العمل فى المجتمع لمدى واسع من الاتصالات المجتمعية ؛ لتعرف المتاح وتوجيه العملاء فى بحثهم.

(1) Job finding Club.

وتبرز قضايا مشابهه فيما يتعلق بالعودة للإقامة والعيش فى المجتمع . وإذا تم إخراج العملاء وصرفهم لمنازلهم بعد الإقامة فى المستشفى ، فستحتاج الأسرة وأحياناً الأصدقاء للمساهمة فى إجراءات الخروج من المستشفى . ويتعين قيام العميل بزيارة البيت فترات تجريبية قبل خروجه نهائيا من المستشفى لتحديد المهارات التى سيحتاجها ، أو ستحتاجها فى البيت ، ويمكن استخدام الفترة الباقية بعد ذلك ؛ لمساعدته أو لمساعدتها على اكتساب هذه المهارات (O' Brien and Azrin, 1973) . ومن المهم أيضاً الكشف عن مدى توافق توقعات العميل والعائلة أو أعضاء الفريق (Jacobson and Klerman, 1966) . مرة أخرى لمحاولة التوفيق بين كل ذلك قبل الخروج من المستشفى ؛ بهدف جعل توقعات فريق الرعاية والأسره مرتفعة بقدر ما هى واقعية ، وعندما يكون من الممكن إيجاد فرص تجعل العميل يسهم بشكل إيجابى فى أعمال البيت ، بما يؤدى إلى حصوله على ترحيب حقيقى من بقية أفراد الأسرة وأعضاء الفريق ، فسيكون ذلك مفيداً على وجه الخصوص .

وعندما يصبح العميل فى البيت ، فمن المهم أن يتوفر لدى الأسره أو فريق الأقامه إمكانية النصح والدعم ، وأحدى الطرق الاقتصادية للقيام بذلك للعائلات ، أن تتم من خلال مجموعه معاونة ذاتية من بين الأقارب (Priestly, 1979; Kuipers et al., 1989) ، بالإضافة إلى بعض المساهمات المهنية . ومهمة هذا النوع من الجماعات هو توفير المعلومات حول بعض الأمور العملية ، مثل : الإقامة والمزايا المتاحة فى الخدمات الاجتماعية ، ولتوفير الفرص للأقارب لتعلم التغلب على مشاعر الغضب ، أو لوم الذات أو الشعور بالعار من العميل ، ويمكن للأقارب أيضاً تشجيع بعضهم البعض لتوجيه حياتهم الخاصة ، وأن لا يظلوا غارقين تماماً فى العناية بعضو الأسرة المريض عقليا . ويتعين أن تتوفر أيضاً إمكانية للمساعدة المهنية عند حدوث ازمة . وقد عرض لا نجلسى وزملاؤه Langsley et al. (1969) وهولت Hoult (1986) تأثير خدمات التدخل ، عند الازمات بالنسبة للأسرة فى تجنب إعادة ادخال المريض للمستشفى .

وقد ظهر حديثاً اهتمام كبير حفزته أعمال براون وزملائه Brown et al. (1958, 1966) ووابن وسينجر wynne and Singer (1963) محوره مفهوم « الانفعالات المعبر عنها » (١) فى الأسرة . وقد تحدد مستوى الانفعالات المعبر عنها تجريبياً بعدد مرات صدور تعليقات نقدية وملاحظات إيجابية ومعدلات العدائية والتورط الانفعالى والدفء ، من خلال مقابلات مسجلة على شرائط تسجيل مع أحد أقارب العميل. وتعد من قبيل الانفعالات المرتفعة المعبر عنها ستة تعليقات نقدية أو أكثر تصدر عن أحد أقارب المريض ، ودرجة أو أكثر على التعبيرات العدائية ، وثلاث درجات أو أكثر على التورط الانفعالى . وقد وجد ڤون وليف Vaughn and leff (1976) وتاريير وزملاؤه Tarrier et al. (1988) – من بين آخرين كثيرين – علاقة قوية بين الانتكاس ، وبين الإقامة مع أقارب ذوى انفعالات مرتفعة معبر عنها . كما أشارت دراسة ڤون وليف أيضاً إلى أن العلاج الدوائى لايؤدى إلى خفض احتمالات الانتكاس فى العائلات ذات التعبيرات الانفعالية المنخفضة ، بينما يؤدى الدواء إلى تأثير جوهرى فى خفض حالات الانتكاس بين المرضى ذوى العائلات مرتفعة الانفعالات المعبر عنها ، ومن الواضح أن لهذه البحوث دلالات مهمة فى التدخل فى مجال إعادة التأهيل ، ويظل من الأمور المثيرة للدهشة أن هذه التدخلات القائمة على هذه الدراسات لم تُتبنى على نطاق واسع (Lavender, 1992) ، وهذا صحيح على وجه الخصوص ، فى ضوء افتراض أن نجاح التدخلات مع العائلة يؤدى إلى خفض مستوى التعبير عن الانفعالات (Leff et al., 1982; Falloon et al., 1982) ، وقد قدم لام Lam (1991) مراجعة مفيدة للمكونات الرئيسية فى مثل هذه التدخلات :

(1) Expressed emotions.

وأخيراً يمكن القيام بمحاولات لإشراك أفراد شبكة العمل الاجتماعى فى إعادة تأهيل العميل؛ لتأكيد إتاحة الفرص لكل العملاء للحصول على الدعم المجتمعى . وقد أصبح وجود أمين سر لصيق باولئك المستهدفين للاكتئاب من الأمور المهمة المستقرة (Brown and Harris, 1978) ، ويستفيد أيضًا أولئك الذين يشخصون على انهم فصاميون من مثل هذا الدعم (Goldestein and Caton, 1983) ، ولكنهم قد يفضلون علاقات غير دائمة نسبيًا . وغالبًا ما يُساء على وجه الخصوص فهم احتياجات العميل غير المشارك فى علاقات اجتماعيه ، والذى يميل إلى أن تكون لديه مجموعة صلات أولية صغيرة للغاية ، ولا يوجد لديه من يأتمنه تماماً على أسراره ، والذى لايشارك فى الاتصالات النشطة مع الاخرين المحيطين به، ولكنه لايذكر رغم ذلك انه يعانى من الوحدة . وبينما يعيش مثل هذا النمط من العملاء مستقلاً فى المجتمع، فإنهم غالبًا ما يقيّموا باعتبارهم قادرين على عدم طلب التسهيلات المتاحة ، بينما يحصلون على الدعم من آخرين دون الدخول فى اتصالات مرتفعة المستوى معهم (Bender and Pilling, 1985) . ويستطيع المتطوعون القيام بدور مهم فى إعادة التأهيل ، ويمكنهم تعزيز شبكة الخدمات (Holloway, 1988) . وكانت نتائج البرامج التى تشجع المتطوعين على دعم العملاء ، ومساعدتهم على تطوير المهارات المطلوبة فى المجتمع مشجعه فى مجال إعادة التأهيل على وجه الخصوص (Anthony and Crkhuff, 1977) وفى العمل كمدافعين ومؤيدين للأشخاص المقيمين فى المستشفيات وفى المجتمع (Lavender and Holloway, 1992) . وعلى الرغم من ذلك فهناك ، مثلما هو الأمر فى كل جوانب إعادة التأهيل ، خطر التورط الزائد فى الروتين ، وفى إحلال المتطوعين بدلاً من الخدمات المولة فى تقديم المساعدة بطريقة غير دائمة على المدى البعيد . وقد جرى التأكيد فى الفصل الثالث والعشرين على أن المصادر المختلفة للدعم تخدم وظائف مختلفة غير تبادلية . ومن الجوهرى أن نضع فى اعتبارنا بالنسبة للعملاء الأفراد أى جوانب الدعم هى الأضعف بشكل خطير ، وكيف يمكن أن نقدمها لهم بأفضل صورة على مدى الفترة الزمنية التى يحتاجها لها.

خلاصـــــه

ركز هذا الفصل على المبادئ العامة التى توجه العمل فى مجال إعادة التأهيل . والأهداف النوعية لإعادة التأهيل متباينة للغاية بالنسبة للعملاء المختلفين ، كما أن الأساليب المستخدمة متعددة أيضًا للغاية بحيث لا يمكن تقديمها فى فصل وأحد ، وبالمثل فالكثير من الأساليب العلاجية المستخدمة فى إعادة التأهيل ليست نوعية أيضًا ، وقد وصفت فى فصول أخرى من هذا الكتاب ، والأمر المهم فى إعادة التأهيل هو منحاه العام فى مساعده العملاء ، مهتمًا على سبيل المثال بالأهداف الإيجابية للتوافق الجيد ، وبرؤية احتياجات العميل وإمكاناته من منظور اجتماعى تفاعلى . وعادة ما تخفق خدمات إعادة التأهيل ، نتيجة لأن العاملين فيها لايفهمون المبادئ العامة ، التى يتعين أن توجه عملهم . ويتعين أن يكون الأخصائيون النفسيون مهيئين جيداً للإسهام فى إعادة التأهيل ، أو فى فريق خدمة المجتمع ، إذا توفر لديهم إدراك جيد لهذه المبادئ .

References

Andrasik, F., Heimberg, J. S. and McNamara, J. R. (1981) 'Behavior modification of work and work related problems', in M. Hersen, R. M. Eisler and P. M. Miller (eds) *Progress in Behavior Modification. Vol II*, New York: Academic Press.

Anthony, W. A. (1980) *The Principles of Psychiatric Rehabilitation*, Baltimore: University Park Press.

Anthony, W. A. and Carkhuff, R. B. (1977) 'The functional professional therapeutic agent', in A. S. Gurman and A. M. Razin (eds) *Effective Psychotherapy: A Handbook of Research*, Oxford: Pergamon.

Azrin, N. H., Flores, T. and Kaplan, S. J. (1975) 'Job-finding club: a group assisted program for obtaining employment', *Behaviour Research and Therapy* 13: 17–27.

Beard, J., Probst, R. and Malamud, T. J. (1982) 'The Fountain House model of psychiatric rehabilitation', *Psychosocial Rehabilitation Journal* 5: 47–53.

Bender, M. D. and Pilling, S. (1985) 'A study of variables associated with under attendance at a psychiatric day hospital', *Psychological Medicine* 15: 395–402.

Bennett, D. H. (1970) 'The value of work in psychiatric rehabilitation', *Social Psychiatry* 5: 224–30.

Bentall, R. P. (ed.) (1990) *Reconstructing Schizophrenia*, London: Routledge.

Braga, J. L. (1972) 'Role therapy, cognitive dissonance theory and the interdisciplinary team', *Interchange* 3: 69–78.

Bridger, H. (1981) 'The contribution of organisational development at the level of the whole organisation', in K. Trebesch (ed.) *Organisation Development in Europe*, Berne: Paul Haupt.

Brown, G. W. and Harris, T. (1978) *Social Origins of Depression*, London: Tavistock.

Brown, G. W., Carstairs, G. and Topping, G. (1958) 'Post-hospital adjustment of chronic mental patients', *Lancet* (ii): 685–9.

Brown, G. W., Bone, M., Dalison, B. and Wing, J. K. (1966) *Schizophrenia and Social Care*, Oxford: Oxford University Press.

Chadwick, P. and Lowe, C. F. (1990) 'The measurement and modification of behavioural beliefs', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 58: 225–32.

Cossiart, A., Hall, R. V. and Hopkins, B. C. (1973) 'The effect of experimenters' instructions, feedback and praise on teacher praise and student attending behaviour', *Journal of Applied Behaviour Analysis* 89–100.

Ellsworth, R. B., Foster, L., Childers, B., Arthur, G. and Kroeker, D. (1968) 'Hospital and community adjustment as perceived by psychiatric patients, their families and staff', *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Monograph Supplement: 1–41.

Falloon, I. R. H., Boyd, J. L., McGill, G. W., Razani, J., Moss, H. B. and Gilderman, A. M. (1982) 'Family management in the prevention of exacerbation of schizophrenia', *New England Journal of Medicine* 306: 1432–40.

Freud, S. (1911) 'Psychoanalytic notes on an autobiographical account of a case of paranoia (Dementia Paranoides)', *Standard Edition* (1958) London: Hogarth Press (12: 3–82)

Frosch, J. (1983) *The Psychotic Process*, New York: New York University Press.

Gardner, J. M. (1972) 'Teaching behaviour modification to non-professional', *Journal of Applied Behaviour Analysis* 5: 517–21.

Gillen, R. W. and Heimberg, R. G. (1980) 'Social skills training for the job interview: review and prospects', in M. Hersen, R. M. Eisler and P. M. Mill (eds) *Progress in Behaviour Modification. Vol. 10*, New York: Academic Press.

Giorgiades, N. J. and Phillimore, L. (1975) 'The myth of the hero innovator and alternative strategies for institutional change', in C. C. Keirman and F. Woodford (eds) *Behaviour Modification with the Severely Retarded*, Amsterdam: Associated Scientific Publishers.

Goldstein, J. and Caton, C. L. M. (1983) 'The effects of the community environment on chronic psychiatric patients', *Psychological Medicine* 13: 193–8.

Hemsley, D. H. (1978) 'Limitation of operant procedures in the modification of schizophrenia functioning: the possible relevance of studies of cognitive disturbance', *Behaviour analysis and Modification* 2: 165–73.

Hollingsworth. R. and Foreyt, J. P. (1975) 'Community adjustment of release token economy patients', *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry* 6: 271–4.

Holloway, F. (1988) 'Day care and community support', in A. Lavender and F. Holloway (eds) *Community Care in Practice: Services for the Continuing Care Client*, Chichester: Wiley.

Hoult, J. (1986) 'Community care of the acute mentally ill', *British Journal of Psychiatry* 149: 137–44.

Hudson, B. L. (1975) 'A behaviour modification project with chronic psychophrenics in the community', *Behaviour Research and Therapy* 13: 339–4.

Jacobs, H. E., Kardashian, S., Keel Keinberg, R., Ponder, R. and Simpson, A. R. (1984) 'A skills oriented model for facilitating employment among psychiatrically disabled persons', *Rehabilitation Counselling* December: 87–96.

Jacobson, N. S. and Klerman, G. L. (1966) 'Interpersonal dynamics hospitalized depressed patients' home visits', *Journal of Marriage and the Family* 28: 94–102.

Jahoda, M. (1979) 'The impact of unemployment in the 1930s and 1970s', *Bulletin of the British Psychological Society* 32: 309–14.

Jones, M. (1968) *Beyond the Therapeutic Community: Social Learning and Social Psychiatry*, New Haven, Conn.: Yale University Press.

Jones, M., Pomryn, B. A. and Skellern, E. (1956) 'Work therapy', *Lancet* 343–4.

Kazdin, A. E. (1977) *The Token Economy: A Review and Evaluation*, New York: Plenum.

Kuipers, L., McCarthy, B., Hurry, J. and Harper, R. (1989) 'Counselling the Relatives of the Mentally Ill, II. A low cost support model', *British Journal of Psychiatry* 154: 775–82.

Lam, D. H. (1991) 'Psychosocial family interventions in schizophrenia: A review of empirical studies', *Psychological Medicine* 21: 423–41.

Lamb, H. R. (1982) *Treating the Long-term Mentally Ill*, New York: Jossey Bass.

Langsley, D. G., Flomenhaft, K. and Machotka, P. (1969) 'Follow-up evaluation of family crisis therapy', *American Journal of Orthopsychiatry* 39: 753–6.

Lavender, A. (1985) 'Quality of care and staff practices in long term settings', in F. N. Watts (ed.) *New Developments in Clinical Psychology*, Chichester: BPS/Wiley.

Lavender, A. (1987) 'Improving the quality of care on psychiatric hospital rehabilitation wards', *British Journal of Psychiatry* 150: 476–81.

Lavender, A. (1992) 'Schizophrenia', in M. Power and L. Champion (eds) *Adult Psychological Problems: An introduction*, London: Falmer Press.

Lavender, A. and Holloway, F. (1988) 'Introduction', in A. Lavender and F. Holloway (eds) *Community Care in Practice: Services for the Continuing Care Client*, Chichester: Wiley.

Lavender, A. and Holloway, F. (1992) 'Models of Continuing Care', in M. Birchwood and N. Tarrier (eds) *Innovations in the Management of Schizophrenia*, Chichester: Wiley.

Lazarus, R. S. (1966) *Psychological Stress and the Coping Process*, New York: McGraw Hill.

Leff, J., Kuipers, L., Berkowitz, R., Eberllen-Fries, R. and Sturgeon, D. (1982) 'A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patients', *British Journal of Psychiatry* 148: 727–31.

Liberman, R. P., Mueser, K. T., Wallace, C. J., Jacobs, H. E., Eckman, T. and Massel, H. K. (1986) 'Training skills in the psychiatrically disabled: learning coping and competence', *Schizophrenia Bulletin* 12: 631–47.

Liberman, R. P., Jacobs, H. E., Boone, S. E., Foy, D. W., Donahoe, C. P., Falloon, I. R. H., Blackwell, G. and Wallace, C. J. (1987) 'Skills training for the community adaptation of schizophrenia', in J. S. Strauss, W. Baker and H. D. Brenner (eds) *Psychosocial Treatment of Schizophrenia*, Toronto: Hans Huber.

Lindsey, C. R., Pound, A. and Radford, M. (1978) 'A co-operative playgroup in a psychiatric day hospital', *Group Analysis* 11: 289–96.

Lutzer, J. R., Martin, J. A. and Rice, J. M. (1981) 'Behavior therapy in rehabilitation', in M. Hersen, R. M. Eisler and P. M. Miler (eds) *Process Behavior Modification, Vol. 12*, New York: Academic Press.

Marks, J., Somoda, B. and Schalock, R. (1968) 'Reinforcement vs. relationship therapy for schizophrenics', *Journal of Abnormal Psychology* 73: 397–406.

Maxmen, J. S., Tucker, G. J. and Lebow, M. D. (1974) *Rational Hospital Psychiatry: The Reactive Environment*, New York: Brunner/Mazel.

Menzies, I. E. (1959) 'Case study in the functioning of social systems as a defence against anxiety', *Human Relations* 13: 95–121.

Milne, D. L. (1985) 'An observational evaluation of the effects of course training in behaviour therapy on unstructured ward activities and interaction', *British Journal of Clinical Psychology* 24: 149–58.

Milroy, A. (1985) 'Some reflections on the experience of the North Derbyshire Mental Health Service Project. Tontine Road, Derbyshire', in T. McAusland (ed.) *Planning and Monitoring Community Mental Health Centres*, London: Kings Fund Centre.

Mitchell, S. F. and Birley, J. L. T. (1983) 'The use of ward support by psychiatric patients in the community', *British Journal of Psychiatry* 142: 9–15.

O'Brien, F. and Azrin, N. H. (1973) 'Interaction-priming: a method of reinstating patient family relationships', *Behaviour Research and Therapy* 11: 133–6.

O'Sullivan, K. (1991) 'Dimensions of coping with auditory hallucinations', unpublished thesis submitted in partial fulfilment of the BPS Diploma in Clinical Psychology, Leicester.

Parry, G. (1991) 'Domestic roles', in F. N. Watts and D. H. Bennett (eds) *Theory and Practice of Psychiatric Rehabilitation, 2nd end*, Chichester: Wiley.

Paul, G. L. and Lentz, R. J. (1978) *Psychosocial Treatment of Chronic Mental Patients: Milieu versus Social-Learning Programmes*, Cambridge, Mass.: Harvard University Press.

Pilling, S. (1988) 'Work and the continuing care client', in A. Lavender and F. Holloway (eds) *Community Care in Practice: Services for the Continuing Care Client*, Chichester: Wiley.

Pilling, S. (1991) *Rehabilitation and Community Care*, London: Routledge.

Priestley, D. (1979) 'Helping a self-help group in schizophrenia and the family', in J. K. Wing and R. Olsen (eds) *Community Care of the Mentally Disabled*, Oxford: Oxford University Press.

Shepherd, G. W. (1980) 'The treatment of social difficulties in special environments', in P. Feldman and J. Oxford (eds) *Psychological Problems: the Social Context*, Chichester: Wiley.

Shepherd, G. W. (1983) *Institutional Care and Rehabilitation*, London: Longman.

Shepherd, G. W. (1986) 'Social skills training in schizophrenia', in C. R. Hollin and P. Trower (eds) *Handbook of Social Skills Training: Vol. 2*, Oxford: Pergamon Press.

Shepherd, G. W. (1991) 'Foreword: Psychiatric rehabilitation for the 1990s', in F. N. Watts and D. H. Bennett (eds) *Theory and Practice of Psychiatric Rehabilitation, 2nd edn*, Chichester: Wiley.

Slade, P. D. (1990) 'The behavioural and cognitive treatment of psychotic symptoms', in R. P. Bentall (ed.) *Reconstructing Schizophrenia*, London: Routledge.

Stoffelmayr, B. E., Lindsay, W. and Taylor, V. (1979) 'Maintenance of staff behaviour', *Behaviour Research and Therapy* 17: 271–3.

Tarrier, N., Barrowclough, C., Vaughn, C., Bamrah, J. S., Porcedon, K., Watts, S. and Freeman, H. L. (1988) 'The community management of schizophrenia. A controlled trial of family intervention to reduce relapse', *British Journal of Psychiatry* 153: 532–44.

Vaughn, C. E. and Leff, J. P. (1976) 'The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness; a comparison of schizophrenic and depressed neurotic patients', *British Journal of Psychiatry* 129: 125–37.

Walker, L. G. (1979) 'The effect of some incentives on the work performance of psychiatric patients at a rehabilitation workshop', *British Journal of Psychiatry* 134: 427–35.

Wansborough, N. and Cooper, P. (1980) *Open Employment After Mental Illness*, London: Tavistock.

Watts, F. N. (1976) 'Social Treatments', in H. J. Eysenck and G. D Wilson (eds) *A Textbook of Human Psychology*, Lancaster: MTP.

Watts, F. N. (1983a) 'Socialisation and social integration', in F. N. Watts and D. H. Bennett (eds) *Theory and Practice of Psychiatric Rehabilitation*, Chichester: Wiley.

Watts, F. N. (1983b) 'Employment', in F. N. Watts and D. H. Bennett (eds) *Theory and Practice of Psychiatric Rehabilitation*, Chichester: Wiley.

Watts, F. N. and Bennett, D. H. (1983) 'Management of the staff team', in F. N. Watts and D. H. Bennett (eds) *Theory and Practice of Psychiatric Rehabilitation*, Chichester: Wiley.

Wynne, L. C. and Singer, M. T. (1963) 'Thought disorder and family relations', *Archives of General Psychiatry* 9: 199–206.